

Estimados Padres/Tutores

Ref./ Instructivo Discapacidad 2020

Por la presente, tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. a los efectos de informarles que debido a la demanda de prestaciones por discapacidad, nos vemos obligados a solicitarles, que **deberán presentar la documentación completa para el año 2020, previa cita en la Sede de la Obra Social, durante el mes de Noviembre exclusivamente.**

La entrevista podrá reservarse telefónicamente a los números 4941-0003/6330/5241, de Lunes a Viernes, de 9 a 17hs, con Juan Pablo y/o Andrea.

Los padres y/o tutores, que no presente dicha documentación, no obtendrán la autorización de los tratamientos, por lo cual no podrán comenzar los mismos al inicio del año, hasta tanto no completen todos y cada uno de los requisitos correspondientes al año 2020.

Con respecto a la documentación, nos referimos a la presentación de lo que habitualmente cada año, presentan a modo personal e institucional por los tratamientos, escolaridad, etc., que accede cada paciente, para completar su expediente.

Si presentan alguna duda al respecto, le sugerimos ponerse en contacto con nosotros para evacuar cualquier duda antes de tener la entrevista en esta Sede Central.

Es requisito para la tramitación y curso del presente subsidio la presentación en forma completa y correcta de la documentación requerida conforme al presente instructivo. En algunos casos, si fuera necesario, el área de Discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con los requerimientos establecidos por la normativa vigente, siendo obligatoria para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

Sin otro particular, saludo a Uds. muy atentamente.

Documentación requerida para iniciar expediente por Discapacidad 2020

El Afiliado y/o tutor, deberá entregar en la Obra Social, el día de la cita convenida, la siguiente documentación, sin excepción.

Ante la falta de dicha documentación, no se podrá autorizar las prestaciones requeridas para el año 2020.

A saber:

- 1.** *Fotocopia del Certificado de Discapacidad.*
- 2.** *Fotocopia del DNI, del Titular y el beneficiario de la prestación.*
Fotocopia de la Credencial, del Titular y el beneficiario de la prestación.
- 3.** *Resumen de Historia Clínica, en original.*
Deberá contener los datos del afiliado, diagnóstico (según Certificado Único de Discapacidad), antecedentes, estado actual y plan terapéutico.
Se solicita describir la evolución del tratamiento en el último año. Debe justificar y respaldar los tratamientos solicitados, evaluando los aspectos o dimensiones asociadas a la discapacidad y al plan terapéutico. Plan terapéutico, indicar las prestaciones requeridas acompañado de la firma y el sello del médico tratante. La fecha de confección de la Historia Clínica deberá ser anterior al inicio de las prestaciones médica.
- 4.** *ESCALA FIM*
- 5.** *Beneficiario Directo: Último recibo de sueldo, anterior a la fecha de inicio de la prestación, renovando su presentación cada tres meses.*
- 6.** *Monotributo: Presentar fotocopia de los comprobantes de pago, correspondientes a los últimos seis meses anteriores a la fecha de inicio de la prestación.*
- 7.** *Beneficiarios con FONDO DE DESEMPLEO deben presentar fotocopia del último recibo de haber en relación de dependencia, comprobante del fondo de desempleo y el último comprobante de cobro del mismo.*
- 8.** *Consentimiento por el plan de tratamiento suscripto por el beneficiario o su representante y por el profesional actuante. (Ver Formulario).*
- 9.** *Constancia de Alumno Regular, si asiste a un colegio del estado y si requiere Integración Escolar.*
- 10. Prescripción médica:** *Se aceptarán sólo aquellas que sean originales.*
La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
Deben estar firmadas por el médico tratante que firmó la Planilla de conformidad de tratamiento.
Se debe confeccionar una orden por cada prestación. Cada orden debe contener:
A- NOMBRE Y APELLIDO

B- DNI CORRECTO

C- DIAGNÓSTICO: El mismo debe coincidir con el que figura en el Certificado Único de Discapacidad.

D- PRESTACIÓN SOLICITADA: Dependiendo del tipo de prestación a realizar se confeccionará de acuerdo a los siguientes lineamientos:

PRESTACIONES AMBULATORIAS: Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal.

PRESTACIONES INSTITUCIONALES: En los casos en los que se indique concurrencia a Institución Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble).

PRESTACIONES EDUCATIVAS:

Educación Especial indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral, además del tipo de jornada (simple o doble).

Centro Educativo Terapéutico: Detallar el tipo de Jornada (simple o doble)

DEPENDENCIA: En caso de solicitar dependencia, deberá estar aclarado, y fundamentado en la prescripción. Incluir evaluación de la Medida de Independencia Funcional - FIM.

PERIODO DE LA PRESTACION: Debe indicar el período en el cual se brindará la prestación (Ejemplo: Enero a Diciembre del 2020 o Marzo a Diciembre 2020).

FIRMA Y SELLO: Del médico tratante, con tipo y número de matrícula legible.

FECHA: La fecha de emisión debe ser anterior al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/01/19, la fecha debe ser 29/12/18 o anterior).

11. En caso requerir Transporte: Planilla Solicitud de Justificación de Transporte (que se adjuntara al pedido medico).

12. Planilla de Actualización de Datos

13. CRONOGRAMA DE HORARIOS: Se deberá presentar un cronograma donde pueda visualizarse la carga horaria de las prestaciones Solicitadas y la asistencia a instituciones educativas/recreativas/laborales para el año correspondiente.

14. Planillas prototipo de SSSalud por cada prestación (datos de presupuesto cronograma y consentimiento).

15. Presupuestos

Información del afiliado.

Debe contener los siguientes datos: Nombre y apellido del afiliado, DNI, Prestación, Frecuencia: Cantidad de sesiones semanales/mensuales, Horarios, días y domicilio de atención, Modalidad: Jornada simple/doble, si aplicase. Período, Fecha: Previa a la prestación, Valor por sesión (si corresponde) / Valor del módulo, Valor mensual y aclarar si es con dependencia.

Información del prestador:

Debe contener los siguientes datos del prestador: Razón Social, Domicilio de atención, Teléfono de contacto, dirección de correo electrónico, Condición frente

al IVA, Número de CUIT, Firma y sello de la persona responsable de la institución prestadora y/o de los profesionales tratantes. Aclarar CBU, Banco Emisor y tipo de cuenta.

Presupuesto de Transporte:

Adjuntar Habilitación municipal y/o provincial vigente para el periodo solicitado, seguro, licencia de conducir y hoja de ruta impresa de acuerdo con "Google Maps" en la siguiente página: www.maps.google.com.ar.

Debe contener los siguientes datos:

Nombre y apellido del afiliado, DNI, Domicilio de partida: Especificar calle, numeración y localidad. El domicilio del afiliado debe coincidir con el consignado en la Planilla de conformidad, Domicilio de destino: Especificar calle, numeración y localidad. Aclarar el tipo de prestación a la cual se traslada. El domicilio de destino debe coincidir con el consignado en el presupuesto de la prestación. Cantidad de km. Recorridos diarios, Cantidad de km. Recorridos mensuales. Frecuencia: Cantidad de viajes diarios y mensuales a cada destino. Días y horarios.

-Valor por Km: Aclarar si es con dependencia

-Monto por viaje, Monto mensual aproximado, Periodo, Fecha: Previa a la prestación, Firma y aclaración del transportista, Nombre de la empresa o del transportista. Domicilio, Teléfono de contacto y dirección de correo electrónico y Número de CUIT.

Número de Ingresos Brutos. Condición frente al IVA. Aclarar CBU, Banco Emisor y tipo de cuenta.